

Política pública: nivel de salud e instituciones en países de la OCDE en el periodo 2003-2012

Raúl E. Molina-Salazar* • Francisco Aguilar-Bustamante**
José A. Amozurrutia-Jiménez***

RESUMEN

El marco institucional que construyen las sociedades influye en las formas de cooperación entre sus organizaciones para la utilización eficaz del uso de sus recursos; desde finales del siglo XX los países han estado condicionados por políticas de libre mercado. En el caso de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) bajo influencia occidental los países con un mayor gasto público en salud alcanzan los mejores grados de eficiencia en el nivel de salud dentro de un marco de instituciones incluyentes, el cual se refleja en el aumento de la esperanza de vida de su población. En comparación con otras formas de organización institucional extractiva como en el caso de México y Chile, en su trayectoria de dependencia ha sido más proclives a tener menores niveles de bienestar. En las conclusiones el enfoque institucional nos permite afirmar que los incentivos perversos de las políticas neoliberales no permiten mejorar los niveles de salud para la población.

PALABRAS CLAVE: política pública, esperanza de vida, instituciones, eficiencia, equidad.

Public policy: level of health and institutions in OCDE countries in the period 2003-2012

ABSTRACT

The institutional framework that societies build influences the forms of cooperation between their organizations for the effective use of the use of their resources; since the end of the 20th century, countries have been conditioned by free market policies. In the case of the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) under western influence, the best degrees of efficiency in the level of health are based on public spending on health under inclusive institutions, which influences the increase in life expectancy of its population, in comparison with other forms of institutional organization, in the case of Mexico and Chile its dependence trajectory has been more prone towards the ex-

* Profesor titular "C" en UAM-I en Economía de la Salud.

**Profesor titular "C" en UAM-I en Economía de la Salud.

***Profesor de la Universidad Benito Juárez en el plantel de Piedras Negras.

Fecha de recepción: 06 de junio de 2019.

Fecha de aprobación: 04 de septiembre de 2019.

traction of its population with lower levels of well-being. In the conclusions, the institutional approach allows us to affirm how the perverse incentives of neoliberal policies do not allow the improvement of health levels for the population.

KEY WORDS: life expectancy, institutions, efficiency, equity.

Introducción

A lo largo de la historia, el crecimiento económico ha provocado desigualdades tanto al interior de los países como entre sus pares nacionales. Un papel relevante que ha influido en el crecimiento de los países son las instituciones, tanto formales como informales, que diseñan y/o adoptan los países para organizarse, producir, distribuir y enfrentar el problema de escasez (North, 1992; North y Thomas, 1973). Asimismo, inciden indirectamente en las diferencias culturales e ideológicas que existen entre países. A grosso modo las reglas e instituciones que han diseñado las sociedades pueden ser: inclusivas, donde la innovación como las habilidades fomentan la participación de las personas en la generación y apropiación de la riqueza, y que a su vez haya una distribución de la misma de forma equitativa. Y las instituciones extractivas, las cuales inhiben la innovación y la riqueza generada se concentra en un grupo específico, además de que no lubrican la movilidad social, pero si fomenta la exclusión social (Acemoglu y Robinson, 2012).

En las reglas se diseñan los incentivos que sirven a los individuos y organizaciones para buscar los recursos y ganancias de las actividades que emprenden para su reproducción en un mundo no ergódico. Además, las reglas sociales señalan y reducen el riesgo sistémico que pueden enfrentar los agentes de las acciones del resto de jugadores y de los cambios no controlables que puedan dar-

se en su entorno (Beck, 2002). Por ello, las instituciones y sus organizaciones permiten entender cuál puede ser el desempeño económico y social de los países, pues su implementación arroja resultados diferenciados en sus variables económicas como sociales, entre las cuales destacan las de salud, mortalidad, la calidad de vida y pobreza.

Las sociedades que son exitosas diseñan un marco institucional que incentiva a sus organizaciones y población al aprendizaje e innovación para ser eficaces en la utilización de sus recursos, haciendo a sus integrantes más productivos, aumentando el conjunto de oportunidades y mejores niveles de bienestar a su población (Ayala, 2014). A diferencia de aquellas con un diseño institucional con menores incentivos, que provocan diferencias y disparidades sociales e ingresos con resultados y equilibrios múltiples en el desempeño social de sus agentes (Bourguignon, 1990).

En términos generales se busca que los sistemas de salud puedan incrementar el nivel de vida de sus poblaciones, sin embargo, el diseño institucional ha fragmentado de manera dual a los mercados laborales, uno que goza los mejores servicios y el otro que recibe de manera limitada y fragmentada el servicio sanitario, y por lo tanto de menor calidad (Molina et. al., 2018). Lo interesante de este funcionamiento es que está avalado por las reglas formales de la sociedad, lo cual sólo legaliza, pero no legitima la exclusión de esta parte del mercado laboral y sus dependientes por lo

que en largo plazo se incide en los niveles de vida y productividad de este segmento social (Laurell, 2016).

Una parte importante de la calidad de vida de la sociedad está condicionada por las capacidades que sus integrantes posean, que en el caso de un buen funcionamiento brinda igualdad de oportunidades económicas y sociales las cuales tienden a crear una sociedad incluyente. Pero esta situación ideal puede ser influenciada por la distribución de la riqueza, que en caso de no ser la adecuada puede generar diferencias entre las dotaciones de habilidades sociales y por ende en la productividad de los actores sociales (Daniels, 2009), la cual es la base para la recaudación fiscal con lo cual el Estado puede financiar sus servicios públicos, entre ellos los de salud.

En el campo de la salud, no solo es importante la igualdad de recursos que se destinan a las instituciones de salud, ni hacer más con menos sino mitigar las injusticias sociales que se desprenden del arreglo institucional que por derecho le corresponde a la persona como es el derecho a la salud (Aguilar y Molina, 2018). Así, las privaciones al derecho a la salud y la vida empobrecida de las personas, están en el constructo del marco institucional derivado del fracaso de acuerdos sociales político y económico en el que se solo se beneficia una pequeña parte de la población, en particular, aquellos grupos que implementaron estas medidas de política (Sen, 2014).

El objetivo social de las políticas públicas es dotar de infraestructura básica para bienes meritorios entre las cuales destacan los servicios educativos, infraestructura hidráulica, y sanitarios con el fin de brindar servicios básicos para la población (Paraje, 2009). La relación entre salud y política ha sido largamente estudiada, y es claro que

los niveles de mortalidad y morbilidad están condicionados por las decisiones políticas (Gervas, 2008). Pues, una de las preocupaciones básicas de los seres humanos es el tener una buena salud y estar en condiciones de trabajar y en su momento la capacidad de enfrentar las enfermedades de la mejor manera posible, para poder aprovechar las opciones que brinda la sociedad con su desempeño (Ayala, 2014). Por otro lado, la finalidad de la política económica es encausar el esfuerzo de sus organizaciones productivas, las cuales son las encargadas de crear los mayores empleos formales y estables para su población. Además de que una buena política de equidad en materia de salud debe estar orientada a mejorar simultáneamente las condiciones de vida y de trabajo (Whitehead, 1991). Bajo este enfoque, la creación de riqueza por parte del aparato productivo es el encargado de dotar los recursos para la manutención de los bienes meritorios, entre los cuales se encuentran lo *médicos* y de infraestructura en salud (BID, 2010). Así, la infraestructura sanitaria está sustentada por el arreglo institucional de cada país, el cual influye en el tipo de servicios de salud que brinda a su población (Acemoglu, Robison y Johnson, 2003; North, 1981).

Un adecuado diseño institucional permite que las actividades productivas se incrementen y pasen de transacciones personales hacia impersonales, pero históricamente ha sido la excepción pues en general, las sociedades han creado reglas que no necesariamente mejoran el desempeño global, sino sólo buscan el beneficio particular del grupo que promueve la modificación del marco formal los cuales a corto plazo les resultan redituables y sirven para el sostenimiento de su statu quo, aunque en el largo plazo puedan frenar su crecimiento y convertirse en un lastre de sus actividades por la atonía de la sociedad en su conjunto (North y Thomas, 1973; Acemoglu y Robinson, 2012).

A nivel mundial, la revolución neoliberal del último tercio del siglo XX provocó efectos redistributivos de riqueza en favor de los deciles superiores del ingreso, generando un crecimiento empobrecedor para el resto de la población, erosionando el tejido social y mermando la confianza de las instituciones de los países. En esta dirección, se puede observar como la salud, no ha sido el foco de atención primordial en los países tanto en los de mayor como de menores niveles de desarrollo, donde sus instituciones de salud promovieron un financiamiento público universal en salud regresivo fiscalmente (World Development Report, 1993). Esto ha generado desconfianza hacia las instituciones de salud por el trato de atención humana y de calidad que se le ofrece al paciente, como en el caso de los Estados Unidos (Deaton, 2008).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es una organización internacional que tuvo sus orígenes en La Organización Europea de Cooperación Económica formada en 1948, la cual coordinó los recursos de Estados Unidos y Canadá para la reconstrucción de Europa Occidental. En 1961 tomó su nombre actual y tiene como misión el ayudar a promover un crecimiento económico sostenible, empleos y nivel de vida elevado para la población de sus miembros, mediante la estabilidad financiera, desarrollo de la economía y comercio mundial no discriminatorio. A pesar de que estos países pertenecen a una misma asociación, existen diferencias que proceden de la forma en como estas sociedades han construido individualmente su dependencia de la trayectoria, producto de la forma de las interacciones de sus organizaciones con sus instituciones lo que ha moldeado a estos países (Denzau y North, 1994), y con ello los resultados se reflejan en el nivel de bienestar de sus pobla-

ciones, en un caso particular, en la calidad de vida y de salud de los mismos. La evolución hacia una economía en la cual el crecimiento y bienestar sea permanente en el largo plazo conlleva a que sus sociedades transiten de intercambios personales hacia los impersonales donde las actividades económicas requieran de una menor participación y regulación por parte del Estado.

Históricamente este cambio se dio en el noroeste de Europa Occidental, el cual se difundió principalmente hacia Norteamérica y Oceanía en el siglo XIX (North, 1973; Beck, 2002) y de países de la región asiática han adoptado con sus adecuaciones institucionales como Japón, Corea del Sur e Israel, en mucho explicada por el contacto y apoyo de los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial; en un segundo bloque tenemos los países con un efecto rezagado de la descentralización económica en Europa, principalmente del mediterráneo, en el siglo XIX y XX, donde su propio desarrollo histórico retrasó la incorporación de sus sociedades con mayor dinamismo social y económico (Beck, 2002); el caso de Europa oriental se vio influenciada por el creciente poder que tomaron los señores feudales al inicio de la edad moderna (Acemoglu y Robinson, 2012) y en el siglo XX por la inclusión de esta parte del mundo bajo el control soviético posterior a la segunda guerra mundial; por último tenemos en caso de los países latinoamericanos, los cuales estuvieron influenciados desde el siglo XVI por la estructura colonial hispano y lusitana hasta que se emanciparon de su metrópolis en el siglo XIX, y en donde sus élites se independizaron para mantener sus privilegios y no pudo desarrollar una sociedad moderna, perpetuando la pobreza y desigualdad en sociedades duales hasta nuestros días (Bourguignon, 1990; Beck, 2002; Coatsworth, 1990; North, 2000).

Por tal motivo se espera que los impactos de las políticas de libertad económica se den de manera diferenciada en los sistemas de salud entre sus integrantes de acuerdo a la siguiente clasificación:

Además, la expectativa es que los países miembros de la OCDE con mayor eficiencia en salud, esté reflejada en los incrementos de nivel de vida, sea en los países que se encuentran clasificados como occidentales, seguido de los mediterráneos, luego los de la antigua influencia soviética para concluir con los latinoamericanos, reflejando las distintas dependencias de trayectoria y marcando una diferencia entre políticas de mayor inclusión social en la parte superior de nuestra clasificación hacia una mayor extractividad en la parte inferior.

En el caso de Latinoamérica se debe establecer que las políticas neoliberales profundizaron la segmentación del sector salud por un lado se tiene al modelo asegurador-mercantilizador y por otro lado al sistema público y de seguridad social de salud (Laurell, 2016). En el caso de México y Chile, países de la OCDE, siguieron al pie de la letra las políticas de las instituciones financieras internacionales dentro de mercantilización de la salud. En el caso de México se instrumentó el Seguro Popular, un instrumento financiero público para financiar prestaciones públicas y privadas y en el caso de Chile se fortalecieron las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), administradoras privadas de fondos de salud. El proceso de reformas sanitarias dentro de la lógica mercantil

Cuadro1. Incorporación de los países a la OCDE

Clasificación	Países y año de inclusión a la OCDE
Países occidentales del siglo XIX y con fuerte influencia de norteamericana	Alemania (1961), Austria (1961), Bélgica (1961), Canadá (1961), Dinamarca (1961), Estados Unidos (1961), Francia (1961), Irlanda (1961), Islandia (1961), Luxemburgo (1961), Noruega (1961), Países Bajos (1961), Reino Unido (1961), Suecia (1961), Suiza (1961), Japón (1964), Finlandia (1969), Australia (1971), Nueva Zelanda (1973), Corea (1996) e Israel (2010).
Países Occidentales con menor desarrollo en Europa durante el siglo XIX y XX	España (1961), Grecia (1961), Italia (1961), Portugal (1961) y Turquía (1961).
Países orientales afectados por la influencia soviética	República Checa (1995), Hungría (1996), Polonia (1996), República Eslovaca (2000), Eslovenia (2010), Estonia (2010), Letonia (2016) y Lituania (2018).
Países latinoamericanos	México (1994), Chile (2010) y Colombia (2018).
Nota: Elaboración propia con base en información de la OCDE.	

al interior de las instituciones públicas, fortalece el carácter extractivo y excluyente de las instituciones y privilegia propuestas que restringen el papel del Estado en la garantía del derecho a la salud (López y Jarillo, 2017). No obstante, la libertad económica e innovación son promovidos por el estado de derecho y por la regulación y apertura comercial como del tamaño del gobierno (Miller et. al., 2018).

El objetivo del presente trabajo es analizar cómo estos indicadores de políticas públicas se relacionan con el desempeño de los sistemas de salud de los países de la OCDE, medido este a través de la esperanza de vida de la población, sabiendo que un funcionamiento retroalimentador de las organizaciones de salud afecta sustancialmente el desempeño del aparato productivo y productividad de sus economías; el nivel capital humano, tanto en el aspecto educativo como de salud de la población; disminución de la inequidad y pobreza entre sus ciudadanos, así como en nivel de bienestar presente y futuro.

Metodología

Se utiliza la base de datos de la OCDE para 35 países miembros en el periodo de 2003 a 2012 el cual se combina con la base de Heritage Foundation (2019) que contiene información institucional¹. Además, con el uso de la metodología panel se puede observar a lo largo del tiempo el comportamiento al interior de un número de individuos, empresas y estados como su relación entre ellos, asociada a las variables seleccionadas. Este tipo de modelos se dividen en estáticos y dinámicos (Baltagi, 2013; Wooldridge, 2010). En el primer caso pueden ser de tipo de efectos fijos (within) y aleatorio (between) cuya ecuación se

describe como:

$$y_{it} = \alpha + x'_{it}\beta + z'_{it}\gamma + c_i + u_{it} \dots\dots\dots (1)$$

donde la variable y_{it} es la dependiente y x_{it} es el vector K-dimensional de las variables explicativas, α es el intercepto, β es el vector de parámetros, γ los efectos individuales y u_{it} es el término idiosincrático de error. En el panel dinámico, se capturan la endogeneidad del modelo con la integración de efectos pasados a través de variables instrumentales consiguiendo una relación bidireccional entre las variables dependientes e independientes, pues capturan la causalidad dentro del modelo, su ecuación es:

$$y_{it} = \beta_0 y_{it-1} + \beta_1 x_{it} + \beta_2 w_{it} + v_i + u_{it} \dots\dots\dots (2)$$

donde y es variable dependiente del individuo i en el momento t , x es un vector de variables exógenas y w es el vector de variables predeterminadas o endógenas, además está relacionada con el y_{it-1} . Para evitar la correlación entre estas dos, se procede a obtener las primeras diferencias y como también está relacionado con y_{it-1} se procede implementar instrumentos de las variables para que la estimación no sea sesgada (Blundell y Bond, 1998; Arellano y Bond, 1991).

En el análisis de la eficiencia se alude al Análisis Envolvente de Datos (DEA) el cual se obtiene de la suma ponderada entre el numerador de los outputs y el denominador, inputs, siendo los pesos calculados en base al criterio paretiano, donde uno es el más eficiente y cero el menos eficiente (Charnes et. al., 1997). Bajo este enfoque, se utiliza el panel de efectos aleatorios y *el dinámico para determinar el grado de significancia de las variables independientes como su eficiencia relativa* (benchmarking) utilizando el modelo de

¹ Los datos fueron obtenidos de Heritage Foundation (HF) y OCDE

Fronteras Sin Supuestos (FSS) acerca de la distribución de la ineficiencia (Schmidt y Sickles, 1984; Farrell, 1957).

El presente trabajo busca investigar como variable de estudio la esperanza de vida como indicador que permite reflejar de forma directa el estado de la salud de las personas que puede lograr dada las oportunidades económicas y sociales que se desprende del arreglo institucional al interior de cada país, la cual es medida en años.

De la base de datos de *Heritage Foundation* se consideran como variables independientes aquellas que influyen en el incremento de los niveles de salud dada la libertad de las oportunidades que disponen las personas en su país, en porcentajes. La variable libertad de comercio captura el intercambio comercial con las barreras arancelarias para la exportación e importación de bienes y servicios. La libertad de inversión contiene los incentivos que tienen los individuos para invertir en un país dado el contexto social, institucional y riesgo país. La libertad empresarial mide la facilidad o barreras que imponen los gobiernos para que las personas se dediquen a la producción de bienes para intercambiar en el mercado.

Con la base de datos de la OCDE se utilizó el gasto público en salud, el cual se mide por el porcentaje que destinan los países de su Producto Interno Bruto a la salud.

La ecuación a estimar es:

$$\text{esperanza de vida}_{it} = \text{libertad de comercio}_{it}\beta_1 + \text{libertad de inversión}_{it}\beta_2 + \text{gasto público en salud}_{it}\beta_3 + \text{libertad empresarial}_{it}\beta_4 + u_{it} \quad \dots\dots(3)$$

Resultados

El cuadro 1 muestra la estimación del modelo panel de efectos aleatorios y el dinámico de Are-

llano Bond. El modelo de efectos fijos como el dinámico, las variables libertad de comercio, libertad de inversión, gasto público en salud, libertad de negocio son significativas al 5%, 10% y 1%. Manteniendo constante todas las variables en promedio se tiene una esperanza de vida de 63.21 años en estos países en un proceso aleatorio. Para un aumento del uno por ciento en la libertad de comercio se espera que la esperanza de vida se incremente en 0.0977 años, es decir, 1.17 meses.

El gasto público en salud que ejerce el gobierno tiene un efecto positivo en la esperanza de vida, si aumenta uno por ciento el gasto se espera que aumente la esperanza de vida de las personas en 0.177 años, es decir, 2.124 meses manteniéndose las demás variables constantes. La libertad de inversión sobre la esperanza de vida es de 0.0159 años de vida lo que equivale a 0.190 meses, mientras que para desarrollar empresas es decir la disminución de costos de transacción tiene una influencia positiva de 0.0977 años, que en términos de meses sería de 1.19 más si se mantienen todas las demás constantes. En el modelo dinámico de Arellano Bond muestra que las variables involucradas son también válidas, no se tiene correlación serial, además el valor de sus coeficientes influye de manera positiva en la variable dependiente. En el caso del gasto público el aumento de uno por ciento de la esperanza de vida se ve afectada en 0.0253 años, es decir, 0.30 meses, cuyo valor es menor al coeficiente de efecto aleatorio.

Lo anterior explica que la variable institucional gasto público en salud tienen un impacto sobre la esperanza de vida. No obstante, es necesario saber en su conjunto el nivel de eficiencia de las variables sobre la dependiente. En la Gráfica 1 se observa que los países con mayor eficiencia de acuerdo al modelo efectos aleatorios son Japón,

Corea, Suiza, Israel, Islandia, España, Italia, Canadá en relación con países como México, Turquía, Estados Unidos. En el modelo dinámico, los países que tiene una mejor eficiencia son Japón, Suiza, España, Italia y Suecia. Se puede observar que los países con una menor eficiencia mantienen menores niveles de salud y mayor desigualdad como Chile y México (Gráfica 1 modelo dinámico)

Discusión

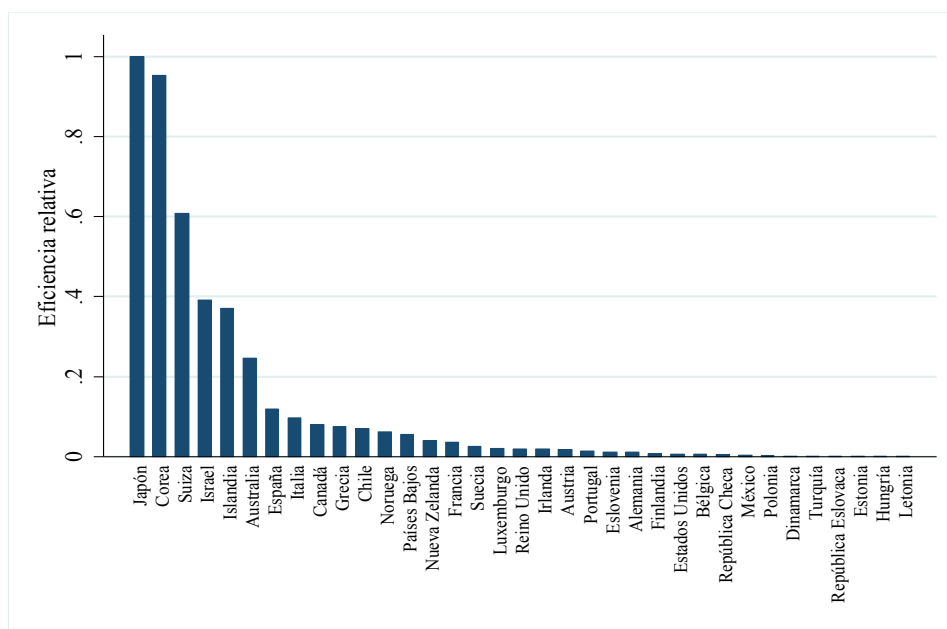
La combinación de estas variables permite observar la eficiencia sobre el estado de salud de las personas. En el primer modelo, Japón como Suiza están posicionados con una buena eficiencia en ambos modelos, mientras Corea del Sur en efectos aleatorios lo posiciona en segundo lugar y en el modelo dinámico en la posición 22. Una de es-

Cuadro 1. Resultados de la ecuación 1 y 2

Nombre de la variables	Efectos Aleatorios	Dinámico
Gasto público en salud	0.177*** (-0.0181)	0.0253*** (-0.00387)
Libertad de comercio	0.0977*** (-0.00773)	0.00576*** (-0.00118)
Libertad de hacer negocio	0.0375*** (-0.00498)	0.00763*** (-0.000992)
Libertad de inversión	0.0159** (-0.00552)	0.00641*** (-0.00146)
L. Esperanza de vida		0.545*** (-0.0257)
L2.Esperanza de vida		0.284*** (-0.0257)
Constante	63.21*** (-0.77)	11.71*** (-0.307)
Sigma_u	2.4664667	
Sigma_e	0.51107829	
Rho	0.95883135	
Observaciones	350	280
Número de grupos	35	35
Estat Sargan Prob > chi2		0.7837
Arellano Bond		0.109

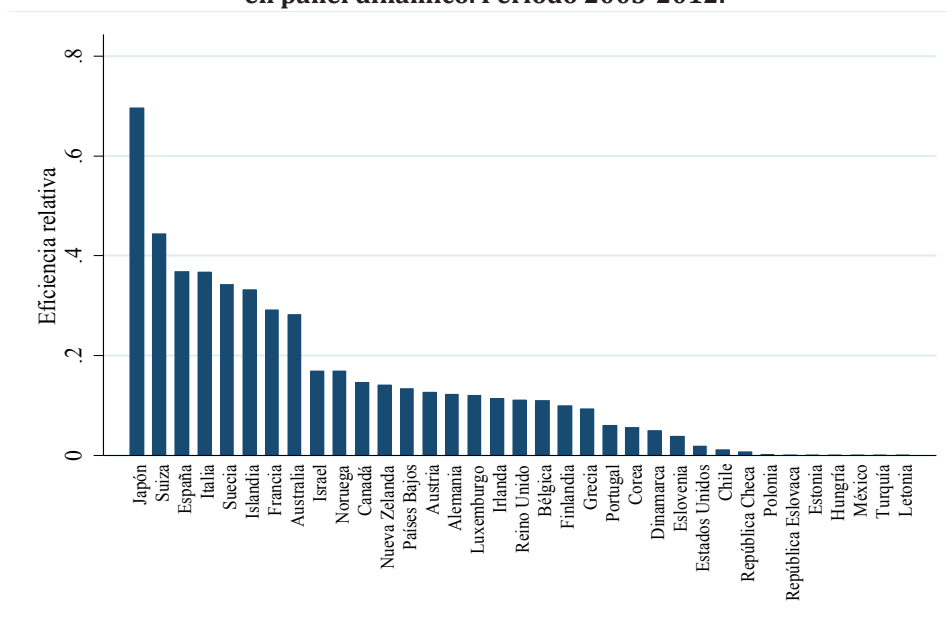
Nota: Se muestra el error estándar con el grado de significancia al * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. L es el número de rezagos. La prueba de Sargan muestra que los instrumentos son válidos y Arellano Bond, no hay correlación serial. Elaboración propia con en base a OCDE-HF.

Gráfica 1. Eficiencia de las variables sobre la esperanza de vida de países de la OCDE en panel de efectos aleatorios. Periodo 2003-2012.



Nota: elaboración propia con base en OCDE-HF

Gráfica 2. Eficiencia de las variables sobre la esperanza de vida de países de la OCDE en panel dinámico. Periodo 2003-2012.



Nota: elaboración propia con base en OCDE-HF

tas diferencias de posicionamiento de eficiencia en este país puede deberse a la pérdida de datos en el modelo dinámico, no obstante, el segundo modelo captura las relaciones de causalidad que se genere en el interior del modelo en niveles.

Los modelos se ajustaron a lo previsto de acuerdo a la dependencia de la trayectoria que señalamos para cada región. Los mejores resultados para ambos casos se obtuvieron en los países que han implementado mejor el modelo occidental, es decir los de Europa occidental, incluso con la diferenciación que se hizo de los países mediterráneos y los países asiáticos que con sus adecuaciones políticas hicieron al modelo de mercado. Los resultados de la región resaltan la importancia de las políticas de Estado de Bienestar que prevalecen después de la revolución neoliberal de finales del siglo pasado, que han mitigado los efectos de concentración del ingreso e incremento en desigualdad que generaron estas políticas. El caso de los países mediterráneos, España, Italia y Grecia, pero también se pueden incluir Irlanda e Islandia y con excepción de Portugal y Turquía, es interesante dado que en el ámbito de salud han soportado con éxito los shocks fiscales que representó la crisis del 2008 y lograr que sus posiciones fueran de las más elevadas en nuestra clasificación.

Otro de los resultados relevante es el posicionamiento de los países que promovieron con mayor éxito las políticas neoliberales en el último tercio en el siglo XX como son Estados Unidos y Gran Bretaña, las cuales no resultaron tener los mayores grados de eficiencia en la promoción de la esperanza de vida en su población; el caso de Estados Unidos muestra bajos niveles de eficiencia para las economías occidentales, lo cual se puede correlacionar con la poca eficiencia de su programa de Salud Medicare y tampoco Gran Bretaña

mostró posicionarse en los niveles más altos de nuestra escala.

Los países que más se apegaron a las políticas neoliberales en América Latina (Chile y México), tampoco se posicionaron en los primeros niveles en salud en ninguno de los dos modelos donde se reconoce el peso de su tendencia histórica y la dependencia de su trayectoria ha tenido por siglos, la cual ha sido extractiva para con su población con una gran reserva de población indígena en la época colonial para su explotación y en la actualidad con la gran cantidad de trabajo informal y baja productividad que caracteriza a una buena parte de la población de las economías latinoamericanas. Las reformas sanitarias que impulsaron las instituciones financieras internacionales no representaron ninguna mejoría en el bienestar de estos países, y antes bien fortalecieron el carácter extractivo y excluyente en el sector salud. Esta región del mundo, para el caso de salud, señala como la transposición de las políticas de mercado sin las adecuaciones pertinentes inhiben el mejoramiento *per se* el bienestar de la población. Los países de Europa del Este también estuvieron influenciados en el tiempo por la dependencia de su trayectoria en la cual, el pasado feudal de sus sociedades al inicio de la edad moderna y hasta finales del siglo XIX, combinado con la influencia soviética posterior a la segunda guerra mundial, los posicionó con menor eficiencia en el panel de países.

En general, para el caso de los países en Europa occidental en el modelo dinámico como en el modelo de efectos aleatorios permanecen en los primeros lugares. El modelo que más se ajusta a los datos es el dinámico. En este sentido, países como Japón, con sus políticas neokeynesianas, presenta mayor eficiencia de las variables institucionales

de libre mercado sobre la esperanza de vida en relación con otros países, además de que la tecnología y la innovación le ha permitido integrarse a las cadenas de valor y otorgar una mayor cantidad de años de vida a sus ciudadanos, lo cual señala la importancia de los efectos redistributivos por parte del Estado para aumentar la esperanza de vida de los ciudadanos (Navarro, 2007).

En el caso del modelo de efectos aleatorios (impacto inmediato de las políticas) los países occidentales no fundadores de la OCDE están mejor posicionado en los resultados individuales; en el caso de efectos dinámicos (impacto con dos años de rezago de las políticas) los países occidentales fundadores de la OCDE mejoran los resultados, señalando la importancia de la trayectoria histórica de sus variables de libre comercio en su pasado institucional.

Japón (efectos aleatorios y dinámicos) tiene el mayor impacto de las variables institucionales de libre mercado sobre la esperanza de vida; la tecnología y la innovación han permitido que su población mejore sus condiciones de productividad, salud y vida, e integrarse con alta eficacia a las cadenas de valor y otorgar una mayor esperanza de vida, mejorando simultáneamente la contribución fiscal para financiar sus sistemas de salud. Unas situaciones similares presentan los casos de Suiza (efectos aleatorios y dinámicos) y Corea (efectos aleatorios).

Por la agregación de los datos no es posible profundizar cómo el nivel de bienestar entre las distintas sociedades se ha modificado por la implantación de las políticas liberales en el mundo de los últimos treinta años. Ni tampoco es posible cuantificar las diferencias en materia de salud dado que sus sistemas de salud como su forma de

gobierno son distintos, lo cual modificaría los resultados entre los países integrantes de la OCDE producto del entorno liberal en la economía.

Sin embargo, la generación de salud, junto con otros bienes meritorios sigue cumpliendo el que una buena *economía política* debe cumplir *dos objetivos distintos pero complementarios*: 1) proporcionar un ingreso abundante o subsistencia a las personas que les permita sobrevivir a ellos mismos y, 2) suministrar al Estado o la comunidad un ingreso suficiente para los servicios públicos (Smith, 2011; Whitehead, 1991).

Conclusiones

La inclusión de variables de tipo institucional permitió observar su influencia en el estado de salud de las personas de los países miembros de la OCDE. La implementación de las reglas depende del objetivo a valorar, dado que si la intención es tener un país potencialmente económico que no necesariamente incremente el nivel de vida de las personas puede ocupar los mejores indicadores de crecimiento manteniendo altas tasas de desigualdad. Por otra parte, la OCDE ha dictado recomendaciones en materia económica para incrementar los niveles de crecimiento, sin embargo, los resultados de la Gráfica 1 muestra que existe una gran brecha entre sus miembros para lograr un mayor desarrollo económico, específicamente en la esperanza de vida que incide en la longevidad de las personas.

Así, la mayor libertad de mercado con innovación permite incrementar primero su productividad de mayor número de empresas y con ello el potencial de posicionar sus productos y servicios en mercados foráneos, así como generar un mayor nivel de ingresos de los cuales se deduzcan recur-

tos fiscales para que el gobierno pueda dotar de bienes meritorios para su población que aumente el capital humano, con sus efectos recursivos en productividad y salud, aumento de la calidad y esperanza de vida de sus habitantes.

Por otra parte, se puede observar en el modelo dinámico que los niveles de vida de las personas están en función del arreglo institucional dado que se incentiva la libertad de oportunidades tanto económicas como sociales, pues en un sistema institucional inclusivo hay menor inequidad mientras que en los países con un marco institucional extractivo representan mayor desigualdad social, menor cooperación por lo que tienen una

organización ineficaz en la generación de riqueza además de mantener un sistema económico inestable.

En el caso de México y Chile queda claro que el arreglo institucional no es inclusivo pues en ambos países se registran elevados niveles de desigualdad y se tienen los menores niveles de bienestar con base a la esperanza de vida en comparación con los países de la OCDE. En las conclusiones el enfoque institucional nos permite afirmar como los incentivos perversos de las políticas neoliberales no permiten mejorar los niveles de salud para la población.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, F. y Molina, R. (2018). "Equidad en el acceso a los servicios de salud en México". *Derechos Sociales y Estado de Bienestar*. Vol. 12. México: Juan Pablos editor, 83-104.
- Acemoglu, D. Robison, and Johnson. S. (2003). "Disease and Development in historical perspective". *Journal of the European Economic Association*. 1 (2-3). 397-405.
- Acemoglu, D. y Robinson, J.A. (2012). *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity, and Poverty*. New York: Crown.
- Arellano, M. y Bond, S. (1991). "Some Test of Specification for Panel Data: Monte Carlo Evidence and an Application to Employment Equations". *Review of Economic Studies*. Vol. 58: 227-297.
- Ayala et. al., (2014). "Infraestructura, Ingreso y desnutrición infantil en México". *Salud Pública de México*. 57(1). 22-27.
- Baltagi, B. (2013). *Econometric Analysis of panel data*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Blundell, R. y Bond, S. (1998). "Initial conditions and moment restrictions in dynamic panel models". *Journal Econometrics*. 87. 115-143.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. España: Siglo Veintiuno de España editoriales, 1-265.
- BID. (2010). *La era de la productividad. Cómo transformar las economías desde sus cimientos*. México: Fondo de Cultura Económica, 1-407.
- Bourguignon, F. (1990). Growth and Inequality in the Dual Model of Development: The Role of Demand Factors. Oxford Journals. Review of Economics Studies, Ltd. 57. 215-228.
- Charnes, et. al., (1907). *Data envelopment Analysis: Theory, Methodology and applications*, New York, Kluwer Academic Publishers, Second Edition.
- Coatsworth, J. H. (1990). Los orígenes del atraso. Nueve ensayos de historia económica de México en los siglos XVIII y XIX, Alianza Editorial Mexicana. 264.
- Daniels, N. (2009). Just health replies and further

- thoughts. *J. Med Ethics*. Num.35. 36-41.
- Deaton, (2008). Income, Health and Well-Being around the World: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal Economics Perspective*. 22(2). 53-72.
- Denzau A. T. y Douglass C. North. (1994). Shared Mental Models: Ideologies and Institutions, *Kyklos* 47(1) 3-31
- Farrell. M. J. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*. 120(3) 253-290.
- Gérvás, Juan. (2008). Salud y política, una relación sin inocencia. *Aten Primaria* 40.6. pp. 277-84).
- Laurel, C. A. (2016). Las reformas de salud en *América Latina*: procesos y resultados. Cuadernos de Relaciones Laborales. Ediciones Complutenses. 293-314.
- López, O. y Jarillo. E. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud. *Cuadernos de Saúde Pública*; 33(s2):1-13.
- Miller et. al., (2018). Index of Economic Freedom 25th Anniversary. Edition. The Heritage Foundation, Washington, p.473.
- Miller et al., (2018). Index of Economic Freedom 25th Anniversary. Edition. The Heritage Foundation, Washington, p.473.
- Navarro et. al., (2007) El impacto de la política en la salud, *Salud Colectiva*, vol. 3, núm. 1, enero-abril, 9-32
- North, D., (1981). Structure and Change in Economic History. New York: W. W. Norton & Co.
- North. D. (1992). Institutions, Ideology, and Economic Performance. *Cato Journal*, 11(3), 477-496.
- North, D. C. (2000). La evolución histórica de las formas de gobierno *Revista de Economía Institucional*, 2(2), 133-148. Universidad Externado de Colombia Bogotá, Colombia.
- North, D. y Thomas, R. P. (1973). The Rise of the Western World a new Economic History. Cambridge: Cambridge University Press.
- Molina, et. al., (2018). Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. *Revista Horizonte Sanitario*, 17(3). México. 197-207. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n3/2007-7459-hs-17-03-197.pdf>. DOI: 10.19136/hs.a17n3.2089
- Paraje G. (2009). Desnutrición Infantil y desigualdad socioeconómica. *Revista CEPAL*; 99: 43-63.
- Schmidt P. and Sickles. C. (1984). Production Frontier and Panel Data. *Journal of Business & Economic Statics*. 2(4), 367-374. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/4721996_Production_Frontier_and_Panel_Data/download.
- Sen, A. (2014). Identidad y Violencia. *La ilusión del destino*. Katz Editores.9-253
- Smith, A. (1995). *La Riqueza de las Naciones*, Alianza Editorial, Madrid, 818.
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud, OMS, serie Reprints N° 9, Washington, 23 p.
- World Development Report. (1993). Investing in Health. The World Bank, Oxford University Press, Oxford, 1993. 1-329.
- Wooldridge, J. (2010). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. 2nd edition. MIT Press, Cambridge.